Juan David Nasio

Los más famosos casos de psicosis

Título original: *Les Grands Cas de Psychose*

Juan David Nasio, 2000

Traducción: Alcira Bixio

Diseño de cubierta: Gustavo Macri

Editor digital: Rusli

LOS MÁS FAMOSOS

CASOS DE PSICOSIS

Bajo la dirección de Juan David Nasio

Con las contribuciones de

A.-M. Arcangioli, D. Berthon, A. Coriat, Y. François,

T. Garcia-Fons, A. Lefèvre, F.-X. Moya-Plana,

J.-D. Nasio, Ch. Pisani, M. Varieras,

M.-C. Veney-Perez, G. Vialet-Bine y L. Zolty

La preparación de esta obra estuvo supervisada por Liliane Zolty.

PALABRAS PRELIMINARES

Todos los grandes psicoanalistas nos han dejado el testimonio excepcional de una experiencia clínica conmovedora y rica en enseñanzas. Presentamos aquí, comentados por primera vez, los casos más célebres de psicosis de la historia del psicoanálisis. *Schreber* cuyas *Memorias* revelaron a Freud los mecanismos íntimos de la paranoia y el narcisismo; *Dick*, el niño autista cuyo análisis permitió a Melanie Klein confirmar su hipótesis según la cual el sadismo es un componente sano del hombre normal; *la pequeña Piggle*, niña desestructurada que puso a Winnicott en la senda del concepto de "madre suficientemente buena"; *Joey*, el joven autista cuya sorprendente curación alentó a Bettelheim en su proyecto de tratar el autismo en un medio institucional (la Escuela Ortogénica); la pequeña esquizofrénica tratada por Dolto y que yo llamé *la niña del espejo* para subrayar la fuerza alienante de la imagen especular; *Dominique*, la adolescente psicótica cuya cura inspiró a Françoise Dolto su teoría de las castraciones simbolígenas; y, por último, *las hermanas Papin*, a quienes Lacan nunca conoció, pero cuya locura asesina constituyó la ilustración más ejemplar del paso al acto paranoico.

Los autores que colaboraron en este volumen quisieron ante todo destacar la originalidad de cada observación clínica y exponerlas innovaciones teóricas que suscitó. Particularmente se esforzaron por hacemos revivir la emoción experimentada por aquellos pioneros durante su encuentro con un paciente gravemente afectado y el enorme impacto que produjo en su pensamiento.

Los comentaristas redactaron su contribución no sólo con miras a relatar la historia de la dolencia, el proceso de la cura y los novedosos aportes teóricos inducidos por la observación, sino además con la intención de mostrar que la práctica de los grandes maestros está tan llena de vida como lo está la nuestra hoy.

Más allá de las épocas y los lugares, siempre nos dejaremos sorprender, a semejanza de nuestros mayores, por el misterio de la locura y el poder insospechado de una escucha analítica capaz de aliviar el sufrimiento del paciente psicótico. También querríamos que este libro sea para el lector, más que un manual de historia, un poderoso estímulo para pensar las nuevas formas de la enfermedad mental. Asimismo nos gustaría que la lectura de estas páginas sea una incitación a

consultar directamente los documentos originales donde se consignan las observaciones clínicas aquí comentadas.

Cada uno de los capítulos presentados se organiza en tres partes: la vida del paciente, sus síntomas y el desarrollo de la cura; la importancia que tiene el caso para la teoría y, por último, una selección bibliográfica relativa al caso.

Además, este volumen incluye un capítulo sobre la teoría psicoanalítica de las psicosis y otro, que cierra el libro, sobre un caso clínico de psicosis transitoria estudiado a la luz del concepto de *forclusión local*, concepto que yo mismo acuñé en continuidad con la obra de Freud y de Lacan. Finalmente, decidí presentar, a modo de introducción de nuestra obra colectiva, un texto que muestra cómo un psicoanalista, en el ejercicio de la escucha, se siente impulsado a producir ese escrito singular que se llama "un caso clínico".

Los capítulos dedicados a los casos son la versión profundamente modificada de los textos de las conferencias pronunciadas durante el ciclo de enseñanza —"Los grandes casos de psicosis"— organizado por los Seminarios Psicoanalíticos de París.

J.-D. N.

1. ¿QUÉ ES UN CASO?

J.-D. Nasio

"Yo mismo me sorprendo al comprobar que mis observaciones de enfermos se leen como novelas y que no llevan, por así decirlo, el sello de la seriedad, propio de los escritos de los hombres de ciencia".

S. FREUD

En su acepción más común, la expresión "un caso" designa para el practicante el interés particular que deposita en alguno de sus pacientes. Con gran frecuencia ese interés lo impulsa a compartir su experiencia con sus colegas (supervisión, grupos clínicos, etcétera), pero a veces, tal interés da lugar a una observación escrita que constituye entonces lo que llamamos verdaderamente un *caso clínico*.

Recordemos, no obstante, que, en el discurso médico, la palabra "caso" adquiere un sentido muy diferente y hasta opuesto al sentido psicoanalítico que le daremos en este libro. Mientras en medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad —se dice, por ejemplo, "un caso de listeriosis"—, para nosotros, en cambio, un caso expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige.

Así es como, en psicoanálisis, definimos un caso como el relato de una experiencia singular, escrita por un terapeuta para dar testimonio de su encuentro con un paciente y apoyar una innovación teórica. Ya sea que se trate del informe de una sesión o del desarrollo de una cura, ya sea que constituya la presentación de la vida y de los síntomas del analizando, un caso es siempre un escrito que apunta a ser leído y discutido. Un escrito que, en virtud de su modo narrativo, pone en

escena una situación clínica que ilustra una elaboración teórica. Por ello, podemos considerar el caso como el paso de una demostración inteligible a una presentación sensible, como la inmersión de una idea en el flujo móvil de un fragmento de vida y concebirlo, finalmente, como la pintura viva de un pensamiento abstracto.

LAS TRES FUNCIONES DE UN CASO: DIDÁCTICA, METAFÓRICA Y HEURÍSTICA

Función didáctica

Precisamente ese carácter escénico y figurativo es lo que le confiere al estudio de caso un indiscutible poder de sugestión y de enseñanza. ¿Por qué? ¿Qué distingue el relato de un caso de otros escritos didácticos? Su particularidad estriba en lo siguiente: el relato de un caso transmite la teoría dirigiéndose a la imaginación y a la emoción del lector. Casi sin darse cuenta, el joven practicante aprende el psicoanálisis de una manera activa y concreta. Leyendo atentamente el caso, imagina que ocupa alternativamente el lugar del terapeuta y el del paciente y experimenta lo que experimentan los protagonistas del encuentro clínico.

Un caso se presenta, pues, como una fantasía en la que uno vuela libremente como una mariposa de un personaje al otro, en el seno de un mundo virtual, exceptuado como está de toda confrontación directa con la realidad. Así, el ejemplo clínico muestra los conceptos y, al mostrarlos, transforma al lector en actor, quien mediante un improvisado juego de roles, se inicia en la práctica y asimila la teoría. Ésta es la función didáctica de un caso: transmitir el psicoanálisis a través de la imagen, más exactamente, a través de la puesta en imágenes de una situación clínica que favorece la empatía del lector y lo introduce sutilmente en el universo abstracto de los conceptos.

Obsérvese que el alcance evocador de esta puesta en imágenes que es el caso se asemeja a la noción aristotélica de *catarsis*. En su *Poética*, Aristóteles explica la atracción que ejerce la tragedia en el espectador en virtud del fenómeno de la "purificación (*catarsis*) de las pasiones".[1] El espectador se libera de la tensión de sus pasiones al ver cómo se representa ante él el espectáculo de su drama íntimo. Ve

desarrollarse en el exterior su conflicto interior. El principio del fenómeno catárquico puede resumirse en la siguiente fórmula: lo semejante *se trata* mediante lo semejante. Las pasiones que agitan en silencio el inconsciente del espectador *se apaciguan* cuando este último ve desencadenarse en el escenario esas mismas pasiones; la violencia de las pasiones reprimidas queda así exorcizada por la violencia de las pasiones teatralizadas. Gracias a identificaciones imaginarias con los personajes de la tragedia, el espectador participa activamente de la intriga; de espectador pasa a ser actor. Ahora bien, este mismo principio es lo que confiere a la lectura del caso clínico su poder sugestivo. Para nuestro lector, transformado en actor, lo semejante *se aprende* mediante lo semejante; al leer el informe de las sesiones, imagina que sufre lo que sufre el paciente e interviene como interviene el terapeuta.

Pero aquí surge una pregunta: ¿De qué manera facilita la lectura figurativa el acceso al pensamiento abstracto? ¿Cómo, partiendo de una observación clínica, puede el lector deducir la teoría? Dejando de lado el placer narcisista de leer un caso —verdadero espejo que remite al lector a sí mismo—, ¿cómo explicar, por ejemplo, que el relato de *La pequeña Piggle* nos permita comprender tan acabadamente el concepto winnicottiano de "madre lo suficientemente buena"? Hemos dicho que el caso —visto en la perspectiva de quien lo redacta— es una puesta en imágenes de un concepto, un paso de lo abstracto a lo concreto, pero ahora queremos saber cómo se da el movimiento inverso. Queremos saber cómo se produce en el espíritu del lector el trayecto que va desde el texto ilustrado al concepto pensado, de la escena a la idea, de lo concreto a lo abstracto.

Nuestra respuesta puede resumirse mediante el siguiente encadenamiento. En un primer momento, y a fin de apoyar una proposición teórica, el terapeuta redacta el informe del desarrollo de una cura, describiendo la vida y los síntomas de su paciente. Luego, el lector aborda ese texto y se identifica con los personajes principales de la historia del sujeto, después generaliza el caso al compararlos con otras situaciones análogas para extraer, por último, el concepto que hasta ahora no aparecía formulado. Sólo entonces, se aparta de la escena clínica y, guiado por el concepto emergente, barre su espacio mental poblado por otros conceptos conocidos y otras experiencias vividas.

En suma, cuando nuestro lector da vuelta la última página de ese célebre diario de cura que es *La pequeña Piggle*, comprende que uno de los ejes del libro es la noción de "madre lo suficientemente buena". Comprende que la "madre lo suficientemente buena" es la madre simbólica, es decir, la "doble" psíquica de la persona real de la madre, una representación mental que la niña puede maltratar y

agredir sin destruirla ni destruirse a sí misma. Por lo tanto, al lector sólo le resta dar un último paso: extender el concepto de "madre lo suficientemente buena" al terreno más general de la relación transferencial entre paciente y analista. Teniendo presente esta noción y observando cómo concluye el análisis de Piggle, nuestro lector sabe ya que, según los principios winnicottianos, la meta última de la acción del psicoanalista en procura de la cura es crear en el analizando la certeza de que ha podido amar y agredir a su terapeuta de manera simbólica, es decir, sin haberlo poseído ni destruido realmente. Partiendo de la experiencia concreta de *la pequeña Piggle* los lectores tenemos acceso al concepto de "madre lo suficientemente buena" y, desde ese trampolín, podemos saltar hacia un nuevo concepto más amplio que llamaré, parafraseando a Winnicott, *analista lo suficientemente simbolizable*. Lo suficientemente simbolizable para sobrevivir, en su condición de representación psíquica, a las proyecciones pulsionales del analizando; un analista que haya obrado en la realidad de la cura de manera lo suficientemente pertinente para imprimir en la psique del paciente la figura simbólica de un terapeuta inalterable, condición esencial para que el analizando termine su análisis sin culpa respecto de aquel que se sometió a la influencia de la transferencia.

En suma, el valor didáctico de un caso estriba en el poder irresistible que tiene una historia clínica de atrapar al ser imaginario del lector y de llevarlo sutilmente, casi sin que éste lo advierta, a descubrir un concepto y a elaborar otros.

Dramatizar el concepto

Sin embargo, debo precisar aquí —siempre refiriéndome a la función didáctica del caso— que existe otro modo de poner en escena un concepto sin tener que recurrir por ello al testimonio de un caso clínico. ¿Cómo? Ya no se trata de una ilustración en la que el concepto "obra" dentro de una escena humana, sino de ver cómo el concepto mismo se hace humano, cobra vida, se trata de antropomorfizarlo, de hacerlo hablar y actuar como hablaría y actuaría un ser que quiere hacerse entender. Así ocurre que, movido por mi pensamiento visual, me pongo a expresar con gestos las nociones más abstractas y formales. Cuando debo enseñar en un marco restringido como el de mi seminario cerrado, a veces siento el impulso de expresar la significación de una noción mediante, además, mímicas y entonaciones. Pero, fuera de esas situaciones particulares, cuando debo exponer por escrito una entidad formal, me esfuerzo por presentar sus articulaciones sinuosas y con frecuencia complicadas, a la manera de un director de teatro que convirtiera un concepto teórico en el personaje central de una intriga que se anuda, culmina y llega

al desenlace; un director que procura crear en su espectador una tensión tan sobrecogedora como el suspenso de un drama.

Tomemos el ejemplo del concepto de complejo de Edipo en el niño. Cuando, recientemente, tuve que presentarlo, quise que el estilo de mi exposición concordara lo más posible con el movimiento psíquico que designa. Puesto que el Edipo es ante todo la superación de una prueba, el paso brusco de un estado a otro, era menester que mi formulación reflejara la misma tensión que anticipa el salto, la misma emoción del tránsito y la misma relajación que sigue a la crisis. ¿Cómo enunciar, pues, el concepto sin dejar de ser fiel a un proceso tan móvil y fluido? Se me ocurrió forjar un artificio de exposición que da voz al inconsciente del niño edípico. Al hablar en primera persona, el inconsciente del niño nos relataría las peripecias de su crisis edípica. Esto es lo que nos confiaría:

"Yo, el inconsciente hablo: siento excitaciones penianas → Tengo el falo y me creo omnipotente → A veces deseo poseer a mis padres y ser poseído por ellos y suprimir a mi padre → Siento placer fantaseando → Mi padre amenaza castigarme castrándome → Veo la ausencia del pene-falo en una niña y en mi madre → Me angustio → Dejo de desear a mis padres y salvo mi pene → Supero así la angustia → Olvido todo: deseo, fantasía y angustia → Me separo sexualmente de mis padres y hago mía la moral de ellos → Comienzo a comprender que mi padre es un hombre y mi madre una mujer y a advertir, poco a poco que yo también pertenezco al linaje de los hombres.

Ésas son las emociones sucesivas que marcan el movimiento dramático de la fantasía edípica masculina. Cada frase enunciada en primera persona contiene una vasta red de conceptos que el lector no necesariamente discierne, pero que, no obstante, asimila. Sólo lee los "yo siento", "deseo", "me angustio" o "me olvido", con los cuales se identifica y, al hacerlo, integra espontáneamente entidades abstractas.

En una palabra, dramatizar un concepto significa personificarlo y hacerle representar su papel en una unidad de lugar, de tiempo y de acción a fin de atraer al lector y llevarlo al corazón de la teoría.

Función metafórica

Retomemos ahora al caso clínico y a su valor metafórico. Es frecuente —y

pienso aquí sobre todo en los célebres casos del psicoanálisis— que la observación clínica y el concepto del que constituye la ilustración estén tan íntimamente imbricados que la observación sustituya el concepto y se transforme en su metáfora. El hecho de que los analistas hayan recurrido repetidamente a algunos grandes casos, siempre los mismos, para ejemplificar un concepto dado, ha provocado, con el transcurso de los años, un desplazamiento de significación. El sentido primero de una idea se ha transformado poco a poco en el sentido mismo de su ejemplo; y esto es hasta tal punto así que la sola mención del nombre propio del caso (*Joey, las hermanas Papin, Dominique,* etcétera) basta para hacer surgir instantáneamente la significación conceptual. También el ejemplo llega a ser un concepto.

Cuando estudiamos la psicosis en términos abstractos, solemos evocar espontáneamente tal episodio de la historia del delirante presidente Schreber y, al evocarlo, estamos teorizando sin saber que lo hacemos. Pienso aquí en el momento preciso en que estalla el delirio paranoico del célebre presidente. Ésta es la escena: todavía en una duermevela, después de una noche de sueños, Schreber imagina que sería muy agradable ser una mujer en el momento del coito. Ya esta sola evocación hace que se presente la hipótesis freudiana que equipara la paranoia masculina con la expresión mórbida de una fantasía infantil e inconsciente de contenido homosexual: la de ser poseído sexualmente por el padre y gozar de esa posesión. En su ensoñación erótica, Schreber es una mujer embriagada por la voluptuosidad de la penetración, pero en su fantasía subyacente es en verdad un niño que goza al librarse al deseo sexual de su padre. Además, que un psicoanalista evoque ese clisé, este episodio decisivo de la dolencia de nuestro presidente paranoico, equivale a afirmar una de las principales proposiciones que explican el origen de la paranoia: el amor inconsciente por el padre ha sido proyectado hacia afuera en la persona de un hombre acosador a quien uno odia y teme. La causa de la paranoia es la reactivación aguda de una fantasía homosexual edípica. Bien se ve que el concepto de proyección paranoica se desvanece ante el ejemplo que llega a ocupar su lugar.

Hasta puede ocurrir que el caso-metáfora se estudie, comente y retome tan incansablemente en la comunidad de los terapeutas que adquiera un valor emblemático y hasta fetiche. ¿Qué son *Schreber, Dora* y *Hans* sino historias consagradas por la tradición psicoanalítica como los arquetipos de la psicosis, de la histeria y de la fobia?

¿Hace falta agregar que las numerosas observaciones clínicas que pueblan la teoría analítica recuerdan la imposibilidad del pensamiento conceptual de expresar lo verdadero de la experiencia recurriendo sólo al razonamiento formal?

Función heurística

Sucede además que el caso excede su rol de ilustración y de metáfora emblemática para llegar a ser en sí mismo generador de conceptos. Esto es lo que yo llamo "la función heurística de un caso". La fecundidad demostrativa de un ejemplo clínico es a veces tan fructífera que vemos proliferar nuevas hipótesis que enloquecen y consolidan la trama de la teoría. Para retomar la figura del presidente Schreber, señalemos que, gracias a las sorprendentes *Memorias de un neurópata* comentada por Freud, Lacan pudo concebir por primera vez la noción de significante del "nombre del padre" y la noción correlativa de forclusión, conceptos que, desde entonces, renovaron la comprensión del fenómeno psicótico.[2] Para completar esta referencia, recordemos el papel que desempeñó el célebre caso del hombre de los lobos (episodio de la alucinación del dedo cortado) en el nacimiento del concepto lacaniano de forclusión.

UN CASO ES UNA FICCIÓN

Pero, que un caso tenga una *función didáctica* —por ser un ejemplo que respalda una tesis—, *una función metafórica* —porque es la metáfora de un concepto— y hasta una *función heurística*, como destello que está en el origen de un nuevo saber, no impide que el informe de un encuentro clínico nunca sea el reflejo fiel de un hecho concreto y que sea en cambio su reconstitución ficticia. El ejemplo nunca es un acontecimiento puro; siempre es una historia modificada.

Un caso se define, pues, como el relato hecho por un practicante cuando reconstruye el recuerdo de una experiencia terapéutica destacada. Tal reconstrucción sólo puede ser una ficción, puesto que el analista recuerda el encuentro con el analizando a través del filtro de su vivencia como terapeuta, lo reajusta de acuerdo con la teoría que quiere validar y, no olvidemos este punto, lo redacta siguiendo las leyes restringidas de la escritura. El analista participa de la experiencia misma con su deseo, luego la recupera de su recuerdo, la piensa mediante su teoría y la escribe en el lenguaje común. Bien se ve hasta qué punto todos esos planos sucesivos deforman el hecho real que termina por transformarse en otro.

Es así como el caso clínico resulta siempre de una diferencia inevitable entre lo real de donde surgió y el relato en el cual cobra forma. De una experiencia verdadera, extraemos una ficción y, a través de esta ficción, inducimos en el lector efectos reales. Partiendo de lo real creamos la ficción y, con la ficción, recreamos lo real.

LA GESTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: EL ROL DEL ESQUEMA DEL ANÁLISIS

Pero ¿cómo llega un psicoanalista a dar vida a un caso? ¿Qué lo impulsa a escribir? En su oscilación permanente entre práctica y teoría, deben cumplirse dos condiciones mínimas para que el analista pueda transformar una experiencia singular en un documento destinado a sus colegas.

Ante todo, el practicante estará tanto más abierto y será tanto más sensible al encuentro clínico, cuanto mayor sea su capacidad de sorpresa, y ésta será tanto mayor cuanto más formado esté el analista en la teoría. Frescura y rigor, innovación y saber son las primeras cualidades de un clínico receptivo al suceso transferencia que lo impulsa a escribir.

La otra condición mínima para producir un caso es comprometerse en la escucha del paciente teniendo siempre presente, en un nivel preconsciente, lo que yo llamo *el esquema del análisis*, es decir, un conjunto de hipótesis que definen la problemática principal de un paciente dado. Este esquema, resultado de una madura reflexión del analista sobre los conflictos pulsionales del paciente, personaliza la escucha de cada analizando. Evidentemente, no escucho a Sarah, joven anoréxica, con el mismo enfoque conceptual —aunque sea muy flexible— con que escucho a Diana, que también es anoréxica, ni con el que escucho a Julien, que sufre de agorafobia. Para cada uno de estos pacientes, la inteligencia preconsciente de mi escucha es indiscutiblemente diferente, puesto que, a partir de la teoría psicoanalítica general, opero una reconstrucción de las principales fantasías subyacentes bajo los síntomas propios del analizando.

Pero ¿por qué hablo aquí de un esquema del análisis? ¿Qué función cumple en la escritura de un caso clínico? En realidad, es una función determinante porque ese esquema, esta construcción, por intelectual que sea, continúa siendo

indispensable para que, en el momento más vivo de la escucha, justo antes de interpretarla, el analista pueda representarse la fantasía del inconsciente del paciente. Ahora bien, ese momento, favorecido por la existencia previa del esquema conceptual, puede resultar tan conmovedor que incite al practicante a escribir.

Expliquemos esto un poco más. Me presento a la escucha de mi paciente teniendo en un segundo plano, casi olvidado —pero siempre dispuesto a presentarse en mi espíritu— el esquema dinámico de sus conflictos pulsionales, más exactamente, el esbozo de sus fantasías dominantes. Pero, y esto es lo esencial, ese esquema, elaborado en mí desde la primera entrevista y luego olvidado, parece sufrir una fermentación psíquica que lo lleva a convertirse, en el transcurso de la escucha, en una serie de imágenes que se imponen a mi espíritu. Las fantasías reconstruidas intelectualmente se transforman en un momento dado en fantasías imaginadas, casi alucinadas, en el espíritu del terapeuta. Dicho de otro modo, el esquema del análisis, madurado largamente, llega a convertirse, en el instante de la escucha en una escena impresa de gran nitidez.

Además, el psicoanalista debe comenzar por preguntarse cuáles son las fantasías dominantes de su paciente y, una vez establecida su elaboración, ya no pensar en ella esperando que se precipite en una escena imaginada. La consigna que le transmitiría yo al psicoanalista sería, pues: "Reconstruya las fantasías primordiales, olvide la reconstrucción y déjela actuar en usted hasta que —gracias a una manifestación del paciente— se transforme en imágenes animadas".

Por supuesto, la aparición de esas imágenes en el espíritu del terapeuta depende ante todo de la fuerza de las proyecciones transferenciales del analizando. Si bien es cierto que el esquema del análisis se forjó gracias al saber consciente del analista, también es cierto que la aparición de la escena imaginada sólo es posible gracias al inconsciente del psicoanalista. Para elaborar su esquema, el practicante se sirvió de su saber consciente; en tanto que para visualizar la escena, se sirve de su inconsciente, entendido como instrumento perceptivo; más exactamente, utiliza su inconsciente como una placa sensible expuesta a las proyecciones inconscientes del analizando. En resumidas cuentas: la fantasía imaginada es la aparición en el espíritu del analista de lo reprimido del paciente.

Ahora bien, la significación de la fantasía imaginada, y con esto me refiero a la lógica de la escena fantasmática,[3] está regida por la elaboración conceptual del esquema del análisis, esquema que funciona a semejanza de una "micro-teoría" que dicta el guión de la escena percibida. Por consiguiente se comprende por qué razón nuestro esquema permite al psicoanalista *representarse adecuadamente la fantasía*, es

decir, ver emerger en él una fantasía que expresa verdaderamente la transferencia de su analizando y no una ilusión personal.

En suma, ese esquema no es ni un resumen de los principios generales del psicoanálisis, ni la puesta en imágenes propiamente dicha qué se me impone en el momento de la interpretación. Ni teoría general, ni fantasía visualizada, sino una elaboración conceptual ajustada a cada paciente en particular que, una vez olvidada, se convierte en una escena imaginada. En este sentido, definiremos la interpretación psicoanalítica como la representación en palabras, hecha por el analista, de la escena imaginada tal como se dibuja en su espíritu. Interpretación que, según las circunstancias, el terapeuta comunicará al paciente o, por el contrario, guardará para sí.

Quisiera dar aquí un ejemplo, tomado de mi propia práctica, que muestra el paso del esquema a la imagen. Pienso en Antoine, un hombre de 40 años que me consulta a causa de su impotencia sexual. Después de algunas sesiones, me entero de que, cuando era niño, recibía frecuentes castigos corporales de su padre, un hombre violento que también aterrorizaba a su mujer. Como hago con la mayor parte de mis pacientes, progresivamente logro elaborar un esquema conceptual que orienta la escucha. Construyo, pues, la fantasía que supuestamente explicaría la impotencia de Antoine. Partiendo de una hipótesis con la que estoy familiarizado, a saber, que siempre debemos buscar la causa del sufrimiento neurótico en la relación edípica con el padre del mismo sexo,[4] me dije —y éste es el esquema del análisis— que en su inconsciente nuestro analizando había tomado, en relación con su padre, el lugar de la madre. Se había, pues, identificado con una mujer golpeada que sufre la brutalidad de un hombre. De modo que para él la virilidad sería sinónimo de violencia, y la femineidad, sinónimo de sufrimiento.

Esta secuencia fantasmática, que construí sesión tras sesión según diferentes variantes, es, en mi opinión, la escena inconsciente y patógena que indujo la impotencia. En realidad Antoine es impotente porque, dominado por su fantasía, se prohíbe penetrar a una mujer por temor a hacerle daño o a hacerle daño a su propia madre. Como está identificado con su madre, cree sentir el dolor que sentiría una mujer cuando es penetrada. Le basta con acariciar el cuerpo de una mujer deseada para que, inmediatamente, sin darse cuenta, se inhiba sexualmente.

Ahora bien, un día, durante una sesión difícil, teniendo en mi espíritu todas estas ideas en estado latente, fui sorprendido por el llanto súbito del paciente. Tuve hasta tal punto la impresión de oír los sollozos de una mujer que inmediatamente se me apareció el rostro desconsolado de una madre que gemía en lo más profundo de

Antoine. Esta imagen, que se me impuso en un momento crucial de la sesión se vio reforzada por otra, igualmente singular y sobrecogedora cuando, al acompañar al analizando hasta la puerta, advierto lo alto y corpulento que es. Me siento invadido entonces por una percepción nueva que representa a un niño de 7 años, muy delgado, que se encuentra de pie, aplastado entre el cuerpo macizo de un padre amenazador y el esmirriado de una madre desecha en lágrimas.

¿Qué sucedió? Ciertamente un suceso ante todo transferencial, puesto que esas imágenes surgidas en mi espíritu son la expresión fantasmática de lo reprimido inconsciente del paciente. Y digo bien "del paciente", pues, yo dejé elevarse al plano consciente mi percepción inconsciente del inconsciente del paciente. Mi inconsciente funcionó en este caso como un instrumento de percepción. Pero semejante suceso transferencial no habría podido darse sin el proceso previo de mis reflexiones teóricas que afinaron la sensibilidad de mi inconsciente y legitimaron la secuencia de las escenas percibidas. Esa relación ajustada y fluida entre teoría e inconsciente del psicoanalista es lo que yo formalizo diciendo: *la fantasía primordial del paciente —reconstruida intelectualmente por el analista— llega a ser en el aquí y el ahora de la sesión y gracias a un incidente transferencial, una fantasía percibida*.

¿Qué conclusión podemos sacar? Teórico sólido capaz de sorprenderse y clínico sutil dotado de un esquema del análisis: éstas son las aptitudes que debe reunir el psicoanalista para poder participar de un encuentro clínico apasionante que suscite el deseo de transcribirlo.

En suma, ¿por qué se escribe un caso? Ante todo, por necesidad, la irresistible necesidad de escribir para aligerar la intensidad de una escucha que se vuelve mirada. Luego, por deseo, el deseo de dar testimonio de la vivacidad de nuestra actividad analítica. Y, por último, uno escribe además impulsado por la seguridad de pertenecer a la comunidad psicoanalítica, nacida de la formalización de una primera experiencia, la de Freud, y consolidada desde hace un siglo por innumerables escritos nacidos de la práctica de varias generaciones de psicoanalistas.

LA CONFIDENCIALIDAD

No podríamos cerrar este capítulo sin considerar, aunque sólo sea

brevemente, un problema mayor, el de la confidencialidad en lo que atañe a la identidad del paciente que está en el origen del escrito clínico. Hay dos reglas intangibles que el psicoanalista autor de un "caso" debe respetar rigurosamente. En primer lugar, es indispensable enmascarar todos los datos y los detalles que permitan identificar a la persona del analizando. En segundo lugar, en mi opinión, es igualmente indispensable hacerle leer el documento al paciente objeto del estudio y solicitarle su aprobación para una eventual comunicación y hasta publicación. A fin de no perturbar el curso normal de la cura y de poder redactar el informe partiendo del conjunto de los materiales, es preferible plantearle esta cuestión al paciente una vez terminado el análisis.

La estricta observancia de estas reglas éticas es una condición necesaria para que casos clínicos ricos en enseñanzas continúen favoreciendo la transmisión viva del psicoanálisis.

EXTRACTOS DE LAS OBRAS DE S. FREUD Y DE J. LACAN SOBRE LA NOCIÓN DE "CASO CLÍNICO"

Las líneas en bastardilla que presentan las citas de Freud y de Lacan son de J.-D. Nasio.

FREUD

Freud siempre se sintió presionado entre el respeto deontológico por la intimidad del paciente y el deber ineludible de comunicar a todos su experiencia y de teorizarla con miras a fundar esta nueva ciencia que es el psicoanálisis. Las dos citas siguientes muestran este antagonismo entre la preocupación por preservar el secreto profesional y el deseo de constituir un saber universal.

[…] Es cierto que los enfermos nunca habrían hablado si hubiesen imaginado la posibilidad de una explotación científica de sus confesiones y, seguramente, también habría sido en vano pedirles su autorización para publicarlas.[5]

Sin embargo, entre discreción y publicación, Freud no duda, elige la publicación.

[…] La discreción es incompatible con una buena exposición de análisis; hay que carecer de escrúpulos, exponerse, entregarse plenamente, traicionarse, conducirse como un artista que compra los colores con los ahorros domésticos y quema los muebles para dar calor a su modelo. Sin algunas de estas acciones criminales, nada se puede lograr acabadamente.[6]

Para Freud, la transmisión del saber es una exigencia moral.

[…] El médico tiene deberes, no sólo ante el enfermo, sino también ante la ciencia. Ante la ciencia significa, en el fondo, ante muchos otros enfermos que sufren el mismo mal o que lo sufrirán algún día. La publicación de lo que uno cree saber sobre la causa y la estructura de la histeria llega a ser un deber, la omisión, una vergonzosa cobardía.[7]

Freud reconoció haber enmascarado ciertas circunstancias de la vida del paciente que habrían permitido identificarlo, sin dejar de deplorar la censura del menor detalle de su historia clínica. Procura así favorecer la participación activa del lector.

Antes de seguir con mi informe, debo reconocer que modifiqué las circunstancias que rodearon los hechos que estudiaremos, con la intención de evitar toda identificación, pero eso es lo único que cambié. Por lo demás, considero un abuso el hecho de deformar, por el motivo que fuera, aún el mejor, los rasgos de la historia de un enfermo en el momento de comunicarla, porque es imposible saber qué aspecto del caso rescatará un lector al juzgar por sí mismo y porque se corre así el riesgo de inducirlo a error.[8]

Es preferible que el analista redacte el caso una vez terminado el análisis.

[…] No someter los materiales adquiridos a un trabajo de síntesis hasta que el análisis haya terminado.[9]

El estilo narrativo y necesariamente animado de una observación clínica facilita hasta tal punto la lectura que nos hace olvidar que la teoría está allí plenamente presente.

Yo mismo me sorprendo al comprobar que mis observaciones de enfermos se leen como novelas y que no llevan, por así decirlo, el sello de la seriedad, propio de los escritos de los hombres de ciencia. Y me consuelo diciéndome que este estado de cosas es evidentemente atribuible a la naturaleza misma del tema tratado y no a mi elección personal.[10]

Freud lamenta comprobar la inmensa diferencia que separa el hecho vivido del hecho escrito, el hecho real del hecho informado y también lamenta hasta qué punto la escritura, al no lograr nunca describir lo real psíquico, sólo puede suministrar una representación

empobrecida.

¡Qué embrollo cuando tratamos de describir un análisis! ¡Qué pena da tener que presentar en fragmentos el gran trabajo artístico que la naturaleza creó en la esfera psíquica![11]

LACAN

Así como lo bello sólo puede conocerse mediante el ejemplo, ciertas nociones analíticas sólo pueden abordarse poniendo en escena un caso. Al introducir una de las lecciones de su seminario sobre La Ética, Lacan invita a sus auditores a releer la Antígona de Sófocles como el ejemplo mismo de lo bello.

En la categoría de lo bello sólo el ejemplo, dice Kant —pues es totalmente diferente del objeto—, puede fundar la transmisión, en la medida en que ella es posible e incluso exigida. Ahora bien, desde todo punto de vista, este texto *[Antígona]* merece desempeñar un papel para nosotros.[12]

Para Lacan los Cinq Psychanalyses testimonian ante todo la preocupación de Freud por obtener del paciente la restitución de su pasado. Restitución que consiste en una reintegración de su historia, es decir, en una reinterpretación de su pasado a partir de lo vivido actual. Cada paciente, no sólo tiene una historia singular, sino que tiene sobre todo una interpretación singular de su historia. Precisamente esta manera particular de revivir el pasado es lo que individualiza cada caso y hace que exista el psicoanálisis.

Creo haberles demostrado que éste es el punto de partida de Freud [es decir, de la reconstitución completa de la historia del sujeto]. Para él, siempre se trata de la aprehensión de un caso singular. En ello radica el valor de cada uno de sus cinco grandes psicoanálisis. […] El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad.

¿Qué quiere decir *estudiarlo en su singularidad*? Quiere decir que esencialmente, para él, el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del

análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales.[13]

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alexandre, B.: "L'étude de cas", en Samacher, R., *Psychologie clinique et psychopathologie*, 1998, págs. 361-398.

Anscombre, J.-C. y Ducrot, O.: *L'Argumentation dans la langue*, Mardaga, 1983. [Ed. cast.: *La argumentación en la lengua*, Madrid, Gredos, 1994.]

Anzieu, D., Assoun, P.-L., Donnet, J.-L., Fedida, P., Lyotard, J.-F., Pigeaud, J., Widlöcher, D.: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n.º 42, "Histoire de cas", Paris, Gallimard, 1990.

Canguilhem, G.: *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1972.

Certau de, M.: *Histoire et psychanalyse, entre science et fiction*, Paris, Gallimard, 1987.

Coster, de M.: *L Analogie en sciences humaines*, Paris, PUF, 1978.

Fedida, P. y Villa, F. (dirs.): *Le Cas en controverse*, Paris, PUF, 1999.

Foucault, M.: *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1978, págs. 121-123.

Freud, S.: *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1973.

—: *Correspondance Freud-Pfister* (1910), Gallimard, Paris, 1978. [Ed. cast.: *Correspondencia* (1909-1939), Buenos Aires, FCE, 1966.]

—: *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pág. 209.

—: *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1977, pág. 61-71.

—: *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1981, pág. 127. [Ed. cast.: *Estudios sobre la histeria*, AE, vol. 2.]

—: Freud, S. y Jung, C.-G.: *Correspondance 1*, 1906-1909, Paris, Gallimard, 1975, pág. 317

International Journal of Psychoanalysis: “Qu’est-ce qu’un fait clinique?”, vol. 75, n.º 5-6,1994.

Lacan, J.: *Le Séminaire, Livre I. Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil, 1975, págs. 18-20. [Ed. cast.: *El Seminario, Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1981.]

—: *Le Séminaire, Livre VII. L’éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986, pág. 299. [Ed. cast.: El Seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1988.]

Mijolla-Mellor, de S.: “Rendre Compte d’une analyse”, *Psychanalyse à l’Université*, n.º 40, 1985, págs. 549-572.

Parain-Vial, J., de M.: *La Nature du fait dans les sciences humaines*, Paris, PUF, 1966.

Perelman, Ch., Olbrechts-Tyteca, L., *Traité de l’argumentation*, Édition de l’Université de Bruxelles, 1976, págs. 471-488.

Roudinesco, E. y Pion, M.: *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1999. [Ed. *cast.: Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1998.]

Toulmin, E.: *Les Usages de l’argumentation*, Paris, PUF, 1993.

DIVERSOS CASOS CLÍNICOS DE

LA BIBLIOGRAFÍA PSICOANALÍTICA

COMENTADOS POR J. LACAN

Comentario de un caso de autismo (Dick), presentado por M. Klein en *Le Séminaire, Livre I. Les écrits techniques de Freud*, Paris, Seuil, 1975, págs. 81-83,87-88,95-103.

Comentario sobre “Observation d’une phobie” (1946), presentado por Anneliese Schnurmann, en *Le Séminaire, Livre IV. La relation d’objet*, Paris, Seuil, 1994, pág. 59-77. [Ed. cast.: *El Seminario. Libro 4. La relación de objeto*, Barcelona, Paidós, 1995.]

Comentario sobre un caso de fobia, presentado por Ruth Lebovici, "Perversion sexuelle transitoire au cours d'un traitement psychanalytique", en *Le Séminaire, Livre IV. La relation d'objet*, Paris, Seuil, 1994, págs. 77-92; *Le Séminaire, Livre V. Les formations de l'inconscient, Varis*, Seuil, 1998, pág. 447 [ed. cast.: *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1999.]; y en los *Écrits*, París, Seuil, 1966, pág. 610. [Ed. cast.: *Escritos*, México, Siglo XXI, 1975.]

Comentario sobre un caso de neurosis obsesiva femenina, presentado por Maurice Bouvet, "Incidences thérapeutiques de la prise de conscience de l'envie du pénis dans la névrose obsessionnelle féminine", en Le *Séminaire, Livre V. Les formations de l'inconscient, op. cit*, págs. 387-392, 448-455,487-490,498-507.

2. OBSERVACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE LAS PSICOSIS

L. Zolty

Todas las observaciones clínicas comentadas en este libro son casos de psicosis. Sin retomar en sus detalles la teoría psicoanalítica del proceso psicótico, la esbozaremos en grandes líneas.

NO EXISTE "LA" PSICOSIS, SINO QUE EXISTEN "MUCHAS DE ELLAS"

El título de la obra, *Los más famosos casos de psicosis*, podría hacer creer que las historias de pacientes presentadas aquí, historias de pacientes gravemente afectados, serían en realidad diversas caras de una misma entidad, como si la psicosis fuera una categoría clínica homogénea, con una etiología y un perfil psicopatológico únicos.

Pero, si bien es cierto que el psicoanálisis ha mostrado cada vez con mayor precisión los mecanismos comunes a todos los estados psicóticos, oponiéndolos a los mecanismos neuróticos y perversos, hoy se hace evidente la extremada heterogeneidad de las formas clínicas de la locura, cada una de las cuales abarca una entidad que le es exclusiva. En efecto, numerosos trabajos psiquiátricos y psicoanalíticos modernos dedicados a la esquizofrenia, a la psicosis maníaco depresiva o a los delirios nos incitan a pensar que, en los próximos años, la categoría "psicosis" será objeto de una revisión radical. La paranoia de Schreber es un mundo por completo diferente del correspondiente al autismo de Joey o de Dick

y está aún más alejado del universo de locura asesina de las hermanas Papin. El conjunto de los casos clínicos presentados en esta obra, tan diferentes unos de otros, ilustra nuestra afirmación según la cual la psicosis, entidad única, no existe y que en realidad debemos hablar de "las" psicosis.

No obstante, más allá de la gran diversidad de formas clínicas, el psicoanálisis ha reconocido rasgos innegablemente comunes a las diferentes afecciones psicóticas.

PARA FREUD, TODA PSICOSIS ES UNA ENFERMEDAD DE LA DEFENSA

Las manifestaciones psicóticas tales como el delirio o la alucinación no son los efectos inmediatos de una causa dada, sino que son las consecuencias derivadas de la lucha entablada por el yo para defenderse contra un dolor insoportable.

Para Freud, el estado psicótico es una enfermedad de la defensa; es la expresión mórbida del intento desesperado del yo de preservarse, de librarse de una representación inasimilable que, a la manera de un cuerpo extraño, amenaza su integridad. ¿En qué consiste este intento? ¿Cuáles son los mecanismos de defensa del yo que indirectamente lo separan de la realidad y lo llevan a la psicosis? Ante todo, el rechazo violento fuera del yo de la representación (Lacan, por su parte, hablará de significante del *Nombre-del-padre* y J.-D. Nasio de *forclusión local*). El yo expulsa hacia afuera una idea que se le ha hecho intolerable por su carga excesiva (ultracatexia) y, al hacerlo, se separa también de la realidad exterior cuya idea es la imagen psíquica. "*El yo* —escribe Freud— *se sustrae a la representación inconciliable, pero ésta está inseparablemente unida a un fragmento de la realidad, de modo tal que el yo, al realizar esta acción, se ha separado también, en su totalidad o en parte, de la realidad.*"[14] El yo, se ve por lo tanto desbordado y, ciegamente, se amputa una parte de sí mismo, de la representación de una realidad que le resulta insoportable. ¿Qué significa "sustraerse", "expulsar fuera de sí", "amputarse" o "repudiar la representación"? Significa que una representación psíquica que tiene para el yo una carga demasiado importante, queda de pronto privada de toda significación. La expulsión (metáfora espacial) equivale al retiro brutal de significación (metáfora económica). Pero cualquiera que sea la metáfora que empleemos, el resultado es el mismo: el yo ha sido perforado en su sustancia y a un agujero en el yo corresponde un agujero en la

realidad.

Por ello reconocemos dos momentos principales que señalan el proceso psicótico: la *ultracatexia* que hace el yo de una representación psíquica que hipertrofia y se vuelve así incompatible con las demás representaciones normalmente cargadas; el *repudio* violento y absoluto de esta representación y, en consecuencia, la abolición de la realidad de la cual la representación era la copia psíquica. Pero, a esos dos momentos, debemos agregar un tercero que es la *percepción* por parte del yo del fragmento rechazado que adquiere la forma de una *alucinación o* un *delirio*.

Si describiéramos ese mismo proceso en términos energéticos, diríamos: *ultracatexia* excesiva de una representación; retiro violento de toda su catexia y constitución de una mancha ciega en el yo; *negación* completa de la realidad correspondiente; y, por último, *sustitución* de la realidad perdida por otra realidad, interior y exterior a la vez, llamada delirio o alucinación.

Para Freud, el yo de la psicosis se separa, pues, en dos partes: una repudiada y perdida como un jirón desprendido, la otra que alucina ese jirón como una nueva realidad. Cuando un paciente sufre de alucinaciones auditivas, la voz que lo injuria es un fragmento errante de su yo. Así, el proceso psicótico se inicia con la expulsión brutal de un jirón del yo y culmina —y allí es donde se forman los síntomas— con la percepción alucinada del fragmento rechazado transformado en realidad nueva, una realidad alucinada. Precisamente el estudio de este proceso condujo a J.-D. Nasio a presentar su tesis de una *forclusión local*. Para retomar su aforismo diremos: "En el lugar de una realidad simbólica abolida, aparece una nueva realidad compacta alucinada que coexiste en el mismo sujeto con otras realidades psíquicas no tocadas por la forclusión."[15] Agreguemos que esta teoría de Nasio, de una localización de las perturbaciones y de una pluralidad de realidades psíquicas, nació ante todo de una comprobación clínica: el paciente psicótico no está afectado globalmente, pues cuando no sufre un acceso delirante, conserva una relación perfectamente sana con su medio. Y, a la inversa, el sujeto normal puede vivir un episodio delirante sin que deba por ello ser calificado de "psicótico".

LA PSICOSIS PERMITIÓ COMPRENDER EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DE LA VIDA PSÍQUICA

• La teoría freudiana del narcisismo nació de la observación psicoanalítica de pervertidos, de niños y, sobre todo, de enfermos esquizofrénicos y paranoicos.

El término narcisismo, originalmente elegido por Nácke para designar la perversión que consiste en tratar el propio cuerpo como se trata un objeto sexual, fue utilizada por primera vez por Freud en 1911 para explicar la ruptura entre el yo paranoico y la realidad exterior. El narcisismo es un repliegue de la libido sobre el sí mismo que priva al psicótico de todo vínculo con el mundo. La energía libidinal volcada hacia sí mismo ya no se emplea, pues, para producir una fantasía, como ocurre en el caso de la neurosis, sino para desencadenar un delirio de grandeza.

Algunos años más tarde, en 1914, Freud extendió el concepto de narcisismo al campo más amplio del desarrollo normal del yo, lo cual lo llevó a modificar radicalmente su teoría de las pulsiones. Precisamente el concepto de narcisismo lo impulsó a abandonar la distinción "pulsiones sexuales/pulsiones del yo" y a preferir la oposición "pulsiones de vida/pulsiones de muerte".

• La teoría lacaniana del funcionamiento normal del inconsciente fue concebida en gran parte gracias al estudio de la psicosis. Justamente el conocimiento de la psicosis paranoica reveló a Lacan la lógica del inconsciente.[16]

En efecto, el concepto lacaniano de inconsciente estructurado como lenguaje se forjó a partir de la comprensión psicoanalítica del fenómeno psicótico. De joven, Lacan estuvo intensamente influido por la noción de "automatismo mental" presentada por su maestro, G.-G. de Clérambault. ¿Qué es, pues, el inconsciente sino un proceso que, a la manera del automatismo mental del delirante, lleva al sujeto a producir irresistiblemente una serie de pensamientos, de palabras y de acciones que se le escapan? Seguramente, el ser parlante que somos, psicóticos o no, es un ser dictado; dictado por Otro en nosotros que nos trasciende más allá de nuestra voluntad y nuestro saber conscientes. Lacan pudo resumir esta relación entre el sujeto y el otro que habla en él, en una fórmula condensada: "El emisor recibe del receptor su propio mensaje en una forma invertida". El emisor, es decir, el sujeto se oye decir sus propias palabras como si procedieran desde afuera, proferidas por otro, exterior a él, que le hablara. Un analizando, por ejemplo, cuenta

un sueño y, súbitamente, en medio de su relato, se detiene sorprendido y confundido, pues acaba de “soltar una palabra” que le revela su deseo ignorado hasta entonces. Así habla el inconsciente: escapa al sujeto para volver a hablarle al oído y sorprenderlo.

Ahora bien, lo que sucede con el paciente alucinado, víctima de voces acusadoras ¿no es acaso que las oye con la doble *certeza* de que provienen de afuera y de que se dirigen sólo a él? Para el psicótico y el neurótico, el movimiento retroactivo es el mismo. Al igual que el sujeto alucinado, el analizando neurótico oye la voz de su inconsciente, pero la vivencia es por completo diferente. Mientras el neurótico, asombrado, admite que su inconsciente habla por su intermedio y que él es su agente involuntario, el psicótico, por su parte, conmovido por la certeza, tiene la dolorosa e inquebrantable convicción de ser víctima de una voz tiránica que lo aliena.

Lacan condensó en una fórmula penetrante la semejanza entre psicosis e inconsciente: “El psicótico —escribe— es un mártir del inconsciente, si damos al término mártir su sentido de ser testigo”.[17] En efecto, ¿quién puede atestiguar mejor que el psicótico la fuerza irreductible y, en su caso, devastadora, del inconsciente?